

V Mapa AXA del Fraude en España

Entidad AXA España
Fecha Febrero 2018

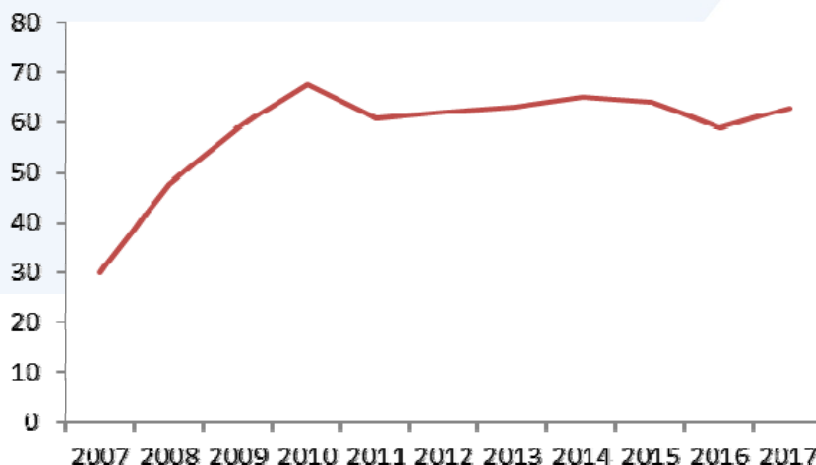
El presente informe tiene por objetivo transmitir y concienciar a la sociedad española del grave perjuicio que suponen los casos de fraude en el sector asegurador. Un perjuicio que, de forma directa, tiene efectos en el precio de los seguros; pero que además puede generar otros perjuicios directos a aquellas personas que los cometen, como es la comisión de un delito punible.

La coyuntura económica de los últimos años ha podido llevar a algunas personas a verse tentadas a cometer un delito de fraude al seguro, desconociendo las graves consecuencias que estos hechos pueden acarrearle.

AXA se rige por el principio de tolerancia cero frente al fraude. Por esa razón, lleva años invirtiendo importantes recursos en la prevención, detección y persecución del fraude; adaptando las últimas tecnologías y formando a las personas en las nuevas técnicas que emplean los defraudadores en sus prácticas delictivas.

Durante el año 2017 AXA evitó pagos indemnizatorios fraudulentos en todos sus ramos –Vida y No Vida, Particulares y Empresas– por un importe total de 62,7 millones de euros, lo que supone un incremento de más del 6% respecto del año anterior. Desde 2007 estos pagos se han multiplicado por más de dos, pasando de 30 millones de euros a los actuales 62,7 millones.

Fraude detectado en AXA (en millones de €)

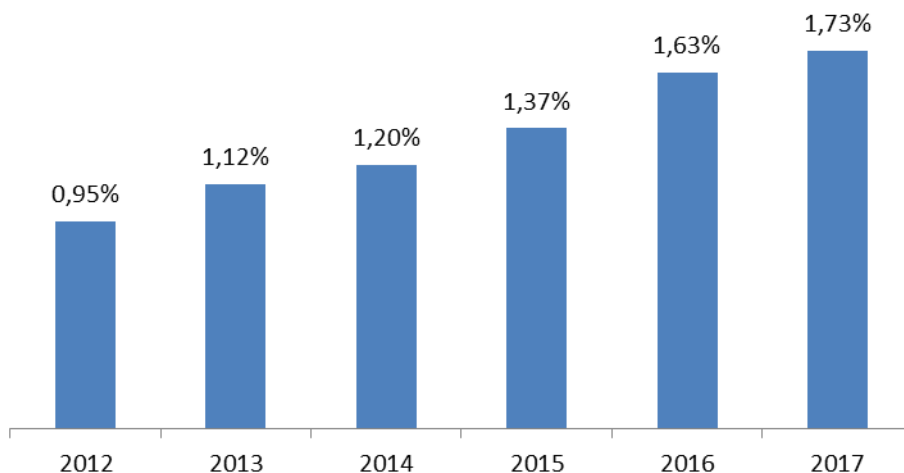




Las causas de este incremento habría que buscarlas en el mayor esfuerzo e inversión que AXA lleva años realizando en la lucha contra el fraude, y la voluntad de actuar frente a un problema de carácter global. Resultado de todo ello ha sido el aumento en un 9,3% del número de siniestros fraudulentos detectados, llegando a los casi 20.000.

Esto, unido a la reducción de la siniestralidad, explica el aumento de la tasa de fraude, entendida como el cociente de siniestros fraudulentos entre siniestralidad. El V Mapa AXA del Fraude en España ha extrapolado y ponderado los datos de la compañía por su cuota de mercado geográfica y de este análisis se puede inferir que la tasa de fraude nacional continúa creciendo, pasando de menos del 1% en 2012 al 1,73% del año pasado.

Tasa de fraude en España (casos de fraude/siniestralidad)



En conclusión, se puede decir que el volumen de clientes tentados a cometer un fraude es muy reducido. La gran mayoría de los siniestros son reales y reflejan las situaciones de riesgos normales que se producen en la vida cotidiana, siendo solo una minoría quienes tratan de obtener una indemnización ilícita a través del engaño.

1. Fraude evitado por línea de negocio

Auto sigue siendo el ramo que concentra el mayor porcentaje de fraude al seguro, con más del 60%. En 2012 siete de cada 10 siniestros fraudulentos se producían en este ramo, pero el porcentaje ha ido reduciéndose paulatinamente.

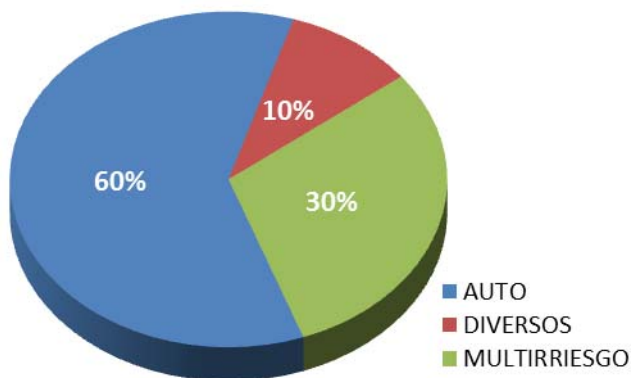
Por su parte, en el ramo de Multirriesgos (Hogar, Comercio y Oficinas, y Comunidades) observamos una caída de dos puntos porcentuales respecto al año anterior, hasta el 30%, motivado principalmente por una reducción del fraude en Comercio y Oficinas. En los casos de fraude de este ramo se está observando una mayor versatilidad, imaginación y técnicas para delinquir. Estos ramos ofrecen la posibilidad de una mayor creatividad en la preparación de situaciones irregulares. Por

ejemplo, los casos de fraudes con ocasión de la ocurrencia de tormentas, fraudes en daños eléctricos, los derivados de un robo o los relacionados con el mantenimiento del hogar y los daños por agua.

Finalmente, Diversos (RC, Transporte, Industrias, Salud, Accidentes y Vida), ha aumentado su porcentaje hasta representar más del 10% del total, frente al 7,1% que suponía en 2012.

En conclusión, no hay ninguna línea de negocio que se libre de la acción del defraudador. La intervención de técnicas periciales y un cierto envejecimiento en las metodologías del fraude está llevando al defraudador a ampliar sus miras.

Distribución del fraude por ramos



2. Tipología de fraude

Las aseguradoras se enfrentan a tres grandes tipos de fraudes.

a El fraude ocasional u oportunista.

Es aquel en el que se aprovecha la realidad de un siniestro para introducir daños preexistentes o anteriores. Después cuarto año consecutivo de descenso, observamos un aumento de este tipo de casos. También denominado fraude masa, representaba en 2017 el 55,2% de los casos, frente al 52,1% del año anterior. Es probable que las caídas de los últimos años se debieran al menor número de personas que potencialmente se sentían tentadas a cometer un fraude por una situación económica general más favorable. Este hecho hace más significativo el repunte del año pasado. El 65% de las ocasiones se trata de un fraude inferior a 600€.

b El fraude premeditado

Se trata de casos en los que los daños reclamados son reales o ficticios, pero todos han sido planificados con antelación. En ellos se suelen ver implicadas varias personas y suponen el 41% de los casos de fraude evitados durante 2017, frente al 45% del año pasado. Hay por tanto una basculación del fraude premeditado hacia el ocasional. Su coste medio es sensiblemente mayor a éste último, y



quien lo perpetra trata de obtener el máximo beneficio económico, lo que eleva la indemnización media a más de 4.000€.

c El fraude organizado

Es sin duda el más peligroso. Se trata de bandas o tramas organizadas, y ocasionalmente apoyadas por profesionales que buscan la industrialización de su proceso delictivo, lo que supone un fuerte perjuicio económico. Representa un gran riesgo por su profesionalización. Los casos detectados mantienen una senda ascendente. El número de siniestros llevados a cabo por las tramas organizadas el año pasado creció un 19% respecto a 2016. En su conjunto, el fraude organizado al seguro supone ya el 3,2% del total, frente al 1% que suponía en 2015.

Del mismo modo, el importe medio a defraudar por las grandes tramas continúa mostrando una caída, pasando de los 5.500€ de 2015, a los de 2.407€ del año pasado; lo que indica que el fraude organizado ha tratado de cometer mayor número de delitos por un importe menor.

El empleo de herramientas tecnológicas está favoreciendo la detección de este tipo de situaciones, al permitir combinar grandes volúmenes de datos y tratarlos a través de metodologías matemáticas avanzadas. El incremento de una criminalidad organizada y compleja, que en ocasiones se suma a otras actividades delictivas, complica el reto para el mercado asegurador y exige un mayor esfuerzo y *expertise* para afrontarlo, así como una estrecha colaboración con los Cuerpos y Seguridad del Estado para evitarlo.

Dentro del fraude organizado observamos un amplio y variado rango de tipologías de trama. Por un lado se encuentran las tramas sencillas. Básicamente, en ellas, una o varias personas encuentran un método de poner en marcha un fraude y lo reproducen. Es el caso, por ejemplo, de una señora que obtenía información de sus amigas para generar partes falsos en sus aseguradoras.

Por otro lado estarían las tramas de carácter profesional. Son aquellas en las que existe toda una jerarquía, con un cerebro, unos “captadores” y, finalmente, aquellos que llevan a cabo los siniestros fraudulentos para lograr la indemnización. Se califican como “profesionales” porque suelen contar con algún experto, buen conocedor de los procesos de las compañías. Por ejemplo, es el caso del fraude llevado a cabo por algunos turistas en España que al llegar a sus lugares de origen aducían una intoxicación alimenticia en el hotel en que se había alojado. Sobre este caso volveremos más adelante.

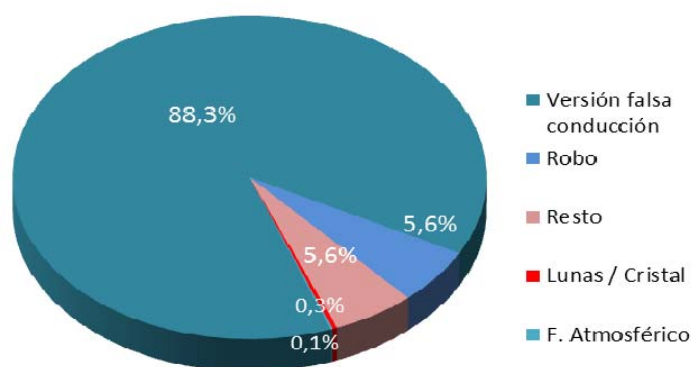
También existen las tramas criminales. Se caracterizan porque tienen una pirámide de mando criminal, y en ellas intervienen personas cuyo *modus operandi* está basado en la comisión de delitos. Son menos frecuentes, pero son las que entrañan mayor peligro, dado el perfil de estas personas. Cabe destacar que para su tramitación se cuenta con protocolos de trabajo internos que evitan el contacto directo con un investigado, así como con el total apoyo de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Finalmente estarían las tramas tecnológicas. Son aquellas en las que existe la repetición sistemática de un fraude empleando una tecnología desarrollada. Aquí se encuadrarían, por ejemplo, los casos de suplantación de identidad.

3. El fraude por causas

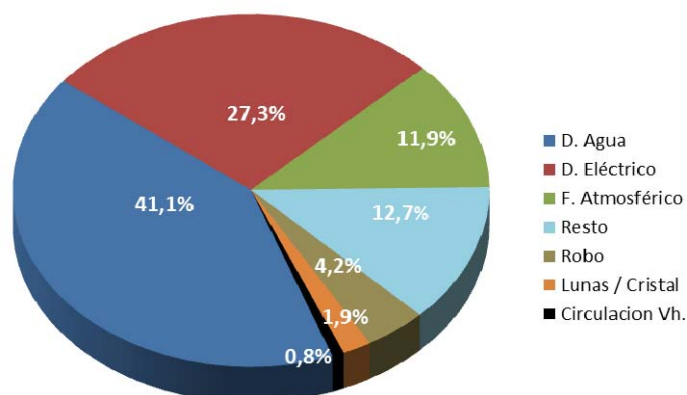
En cuanto al fraude al seguro en función de las causas aducidas, de los datos de 2017 se desprende que en Auto, más del 88% de los casos tienen que ver con la conducción del vehículo. A penas uno de cada diez fraudes contiene una versión que no afecta a la conducción y que está relacionada con otras situaciones como robo del vehículo, rotura de lunas o daños atmosféricos. También es importante destacar que las cantidades que se tratan de defraudar al seguro aduciendo causas relacionados con la conducción representan un 84%.

Distribución de las causas del fraude en Auto



Multirriesgos ofrece una mayor diversificación en las casuísticas del fraude. Cabe destacar que los fraudes relacionados con los daños por agua superan con mucho a la siguiente causa, a los daños eléctricos. Los primeros suponen el 41% del total y los segundos el 27%. Los daños eléctricos suelen estar vinculados al actual ciclo de vida de los aparatos y las nuevas tecnologías, donde son recurrentes los intentos de lograr la renovación de aparatos a través del fraude al seguro. Los daños en Multirriesgos por fenómenos atmosféricos son los que más crecieron el año pasado, un 4,5 puntos porcentuales, hasta representar ya el 12% del total. En cuanto a los importes por daños de agua, representa un 39% del total del dinero defraudado en Multirriesgos. Es significativo observar que la causa de Robo, que supone el 4% de los casos, representa más del 18% del total de los importes defraudados.

Distribución de las causas del fraude en Multirriesgos





Finalmente en el ramo de Diversos son las garantías de Responsabilidad Civil y Accidentes las que más se emplean para tratar de acometer fraudes.

Ejemplos de fraude por causas:

a Auto

Daños anteriores no causados en el siniestro real en cuestión. Es el típico caso de asegurados con pólizas a terceros que tiene un siniestro real. Lógicamente son inocentes, pero aprovechan el siniestro para tratar de incorporar daños anteriores incluso con versiones, en ocasiones, un tanto rocambolescas, como rebotes contra algún objeto, doble golpe del vehículo contrario o similar.

b Multirriesgos

Daño eléctrico. Casuística en la que el asegurado trata de dar cobertura a un hecho que no lo tiene. Por ejemplo, aparatos eléctricos muy antiguos que se rompen y se aduce una sobretensión para su sustitución.

Daños anteriores a la Contratación. El asegurado sufre un daño sin tener seguro alguno y lo contrata con posterioridad para que la compañía repare el daño ocasionado a él mismo o a un tercero.

Daños por agua. El asegurado tiene un siniestro real en su casa derivado, por ejemplo, de una fuga de agua que daña el parque. Se le indemniza, y al tiempo vuelve a declarar otro siniestro, esta vez falso, aduciendo que ha tenido la misma fuga, cuando realmente no lo había reparado en un primer momento.

c Diversos

Exageración en la reclamación en cualquier garantía directa. Se aprovecha la ocurrencia de un siniestro real para incluir bienes no sustraídos o dañados. En ocasiones se intenta utilizar la póliza para llevar a cabo el mantenimiento de la empresa, y cuando hace falta renovar alguna instalación se inventan un siniestro que afecte supuestamente a la misma.

Atendiendo al análisis del fraude por su naturaleza; es decir, si afecta solo a daños materiales o si persigue obtener indemnizaciones fingiendo daños corporales, concluimos que los primeros suponen el 73% casos. Y los corporales, el 27% restante. Sin embargo, a pesar de que los casos de fraude en lo que se reclama por un daño material suponen el 73%, concentran el 41,5% del total del importe que se intenta defraudar al seguro.

Por su parte, el importe medio del fraude corporal en 2017 cayó un 19% respecto al año anterior; de los 8.000€ de 2016 a los 6.500 del año pasado. Los importes medios que se tratan de realizar aduciendo daños materiales fueron significativamente inferior: 1.700€. La fuerte intensidad del fraude corporal hace que sea más atractivo para quien está dispuesto a cometerlo.



La principal metodología que se emplea en el fraude corporal es la simulación del daño. En más del 70% de las ocasiones el fraude se apoya en una desproporción entre el daño real y el daño reclamado.

Cuando se pone el foco solo en lo ocurrido en los casos de fraude en Auto, los porcentajes se equilibran. Los casos que reclaman daños corporales representan el 25% y los daños materiales el 36%.

4. Tolerancia cero contra el fraude y nuevas tecnologías

AXA lleva años realizando un esfuerzo de inversión en nuevas tecnologías y formación con el fin de reducir al máximo los casos de fraude. Y está comenzando a dar sus primeros frutos. Se estima que el uso de estas herramientas tecnológicas ayuda a detectar más de un 20% de los siniestros fraudulentos, cuando hace tres años apenas suponían un 5%, lo que le convierte en un canal de detección cada vez más importante.

La inversión recurrente se mantuvo en los 3,2 millones de euros el año pasado. En 2016 AXA lanzó un programa para testar las soluciones más relevantes del mercado e identificar su eficacia en materia de lucha contra el fraude, y puso en marcha una iniciativa con el equipo de científicos de datos para elaborar modelos predictivos de detección de fraude. Aunque las iniciativas están en un estado embrionarias, permite tener una visión sobre las nuevas técnicas de detección, que ayudarán sin duda a distinguir mejor los casos sospechosos de los denominados falsos positivos.

Además, dentro de los equipos de investigación, AXA ha creado un Master de Fraude con el fin de mejorar para mejorar las aptitudes de sus investigadores.

La política es de tolerancia cero frente a cualquier tipo de fraude. Por ello, AXA ha puesto en marcha un programa de formación continua también a proveedores y mediadores para facilitar la detección de situaciones sospechosas. Algunas de las aplicaciones de detección interna consisten en reglas de negocio automáticas que permiten identificar situaciones sospechosas que requiere de un mayor análisis.

Las nuevas fórmulas de peritación, a través de técnicas avanzadas, permiten controlar con mayor precisión los elementos mecánicos del vehículo en los casos de Auto, así como la obtención de toda la información digital de su utilización.

Los sistemas van, desde los más tradicionales, basados en la detección de anomalías en documentación; hasta la grafología o cotejo documental digital que permite identificar anomalías en la documentación; pasando por entrevistas telefónicas orientadas o la intervención de detectives.

Como no puede ser de otra forma, AXA observa un escrupuloso cumplimiento a la Ley, y en particular a la que afecta a la protección de datos personales, y mantiene unas magníficas relaciones de colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la persecución y lucha contra el fraude.



5. Las consecuencias del fraude

La detección de los casos de fraude tiene un impacto importante en la prima que pagan los asegurados por sus pólizas. El año pasado los pagos evitados por casos de fraude y que no fueron repercutidos en el resto de asegurados supusieron un ahorro del 5% en el seguro de Auto o del 17% en los casos de Responsabilidad Civil.

Cómo afecta el fraude al precio del seguro

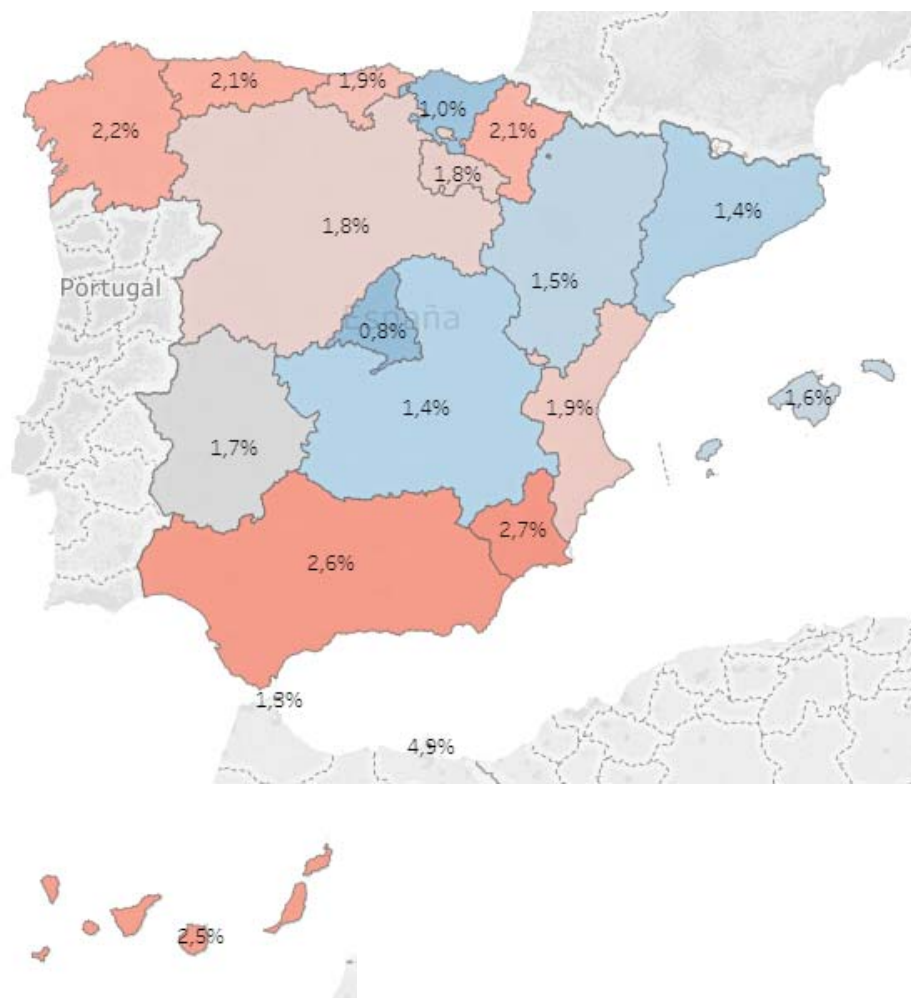
Auto	5%
Hogar	4%
Industrias	8%
Comercio	7%
Comunidades	5%
Responsabilidad Civil	17%
Accidentes	10%
Oficinas	8%
Transporte/Embarcaciones	1%
Incendios	12%
Técnicos (C/Maq)	6%

Por otro lado, las consecuencias penales como resultado del fraude al seguro se han incrementado significativamente en 2016. Las condenas de cárcel declaradas por los tribunales por casos de fraude a AXA siguen creciendo. El año pasado aumentaron un 17%. Y el 88% de las reclamaciones judiciales llevadas a cabo durante el 2017 tuvieron consecuencias penales para los defraudadores. Dos de las principales razones de este incremento son el avance y las mejoras para probar y verificar la comisión de estos delitos, por un lado, y el acuerdo firmado por la Guardia civil y UNESPA en 2015 para mejorar la colaboración operativa en la lucha contra el fraude, por otro.

El objetivo principal es establecer un modelo de colaboración entre Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y las entidades aseguradoras habilitadas para operar en territorio nacional para facilitar la prevención e investigación de las acciones encaminadas a defraudar a algún tipo de seguro.

6. Tasa de fraude por Comunidad Autónoma

La tasa de fraude al seguro en España aumentó el año pasado hasta el 1,73%; frente al 1,63% que se registró en 2016. Las comunidades autónomas donde más de defrauda al seguro son Melilla (4,92%), Murcia (2,72%), Andalucía (2,63%) y Canarias (2,53%).



Consulta [aquí](#) la tasa de fraude al seguro en España por CCAA y provincias en 2017

Por el contrario, las comunidades autónomas con menor tasa de fraude al seguro son Madrid (0,76%), País Vasco (1,03%), Ceuta (1,27%) y Cataluña (1,38%).

Por provincias, Cádiz, Huelva, Almería, Murcia y Santa Cruz de Tenerife son las que mayores tasas de fraude presentan; frente a Madrid, Guipúzcoa, Soria, Zamora y Vizcaya; que es donde menos se defrauda al seguro.

En los últimos seis años la tasa de fraude nacional ha aumentado del 0,95% en 2012 al 1,73% de 2017.

6. Nuevas formas de fraude al seguro

a Falsas intoxicaciones alimentarias

AXA fue una de las primeras compañías aseguradora que en 2016 ya advirtió de la práctica que estaban cometiendo algunos turistas extranjeros en España, y más concretamente en Baleares. Realmente se trataba de un caso de fraude en masa que provocó importantes perjuicios tanto en el sector turístico español como en el propio asegurador.



Tras su estancia en España, el turista, una vez en su país de origen, interponía una demanda contra el hotel en el que se había hospedado por supuestos problemas gástricos.

El cerebro de esta trama era una red de, por lo menos, 77 despachos de abogados que trataban de captar a sus clientes, normalmente turistas británicos, a la salida de los hoteles o aeropuertos españoles. Los representantes de estos despachos de abogados proponían a los turistas la posibilidad de, ya en el Reino Unido, interponer una reclamación con hotel por una enfermedad alimenticia. La práctica habitual es que el 60% de la indemnización obtenida de manera fraudulenta fuera para el letrado y el 40% restante para el turista.

El principal obstáculo al que se enfrentaban las aseguradoras era el hecho de que el régimen jurídico que aplicaba en estos casos era el británico; y que no exigía al demandante más prueba que el recibo de compra de un medicamento para justificar la intoxicación. Además, los plazos de prescripción era muy elevados (3 años) y unos desorbitados gastos jurídicos incentivaban llegar a un acuerdo antes de iniciar la vía judicial.

La actuación conjunta del sector para combatir estos casos de fraude y la colaboración con la Guardia Civil está dando sus primeros frutos, como han sido la detención e identificación de numerosas personas que formaban parte de estas tramas.

Además, el año pasado el Regulador de Gestión de Reclamaciones de Reino Unido (CMR, por sus siglas en inglés) suspendió por primera vez la licencia de una empresa por incitar estas reclamaciones falsas en España.

b Concesionarios de coche

En los últimos años también se han destapado nuevas tipologías de fraude al seguro, como el empleo inadecuado de pólizas de concesionarios de coches.

Son casos en los que una o varias personas físicas se dan de alta como profesionales de la compraventa de vehículos y ofertan a través de Internet seguros de Auto a menor precio haciendo pasar el vehículo de un tercero por vehículo de su flota. Esta contratación es fraudulenta porque las pólizas Global Concesionario únicamente dan cobertura a la Responsabilidad Civil básica de los vehículos de la flota del concesionario (siempre que fuera conducido por personal autorizado, con limitación en un radio de kilómetros y en horario comercial).

c Vida

Vida es uno de los ramos que mayor aumento en el número de casos de fraude está experimentando en los últimos años, con un incremento del 18% en 2017 (un 35% en 2016). Además, la cuantía de lo defraudado aumentó un 21%, hasta los 7,6 millones de euros. Este dato es consecuencia, también, del mayor esfuerzo de AXA en la lucha contra el fraude, al aplicar técnicas cada vez más perfiladas, con una sólida coordinación de profesionales externos.

Este tipo de seguros no cubren únicamente el fallecimiento del tomador de la póliza, sino que también contemplan la cobertura de situaciones de invalidez con el fin de atenuar sus consecuencias

económicas tanto en los enfermos como en los familiares que se tienen que hacer cargo de sus cuidados y tratamientos médico que ayuden en la curación.

Habitualmente, este tipo de casos están relacionados con la ocultación de patologías previas a la contratación de la póliza. Son situaciones en las que, en el momento de suscribir la póliza, el tomador no declara su situación real, de modo que cuando sobreviene la muerte o la incapacidad, la compañía descubre que la enfermedad preexistía.

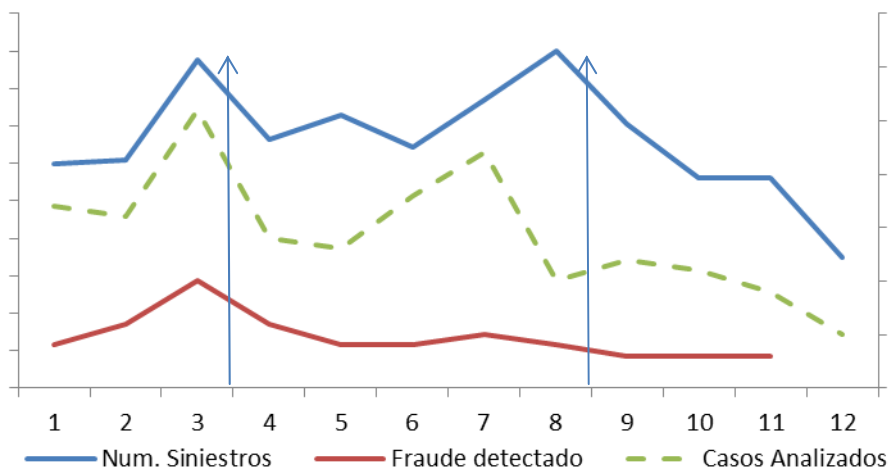
También son numerosos los casos de invalideces obtenidas de manera fraudulenta. Se trata de personas que simulan sufrir enfermedades y, en ocasiones, con la complicidad un informe médicos, exageran sus dolencias obteniendo de la seguridad Social invalideces que no son reales o no tan grave. En estos casos nos encontramos ante un doble fraude, a la Seguridad Social y a las propias aseguradoras.

Otra forma de proceder en este ramo es fingiendo su propia muerte con la intención de que sus familiares cobren la indemnización; o haciéndose pasar por el tomador, ya fallecido, y poniéndose como beneficiario de la póliza, falsificando fechas de certificados de fallecimiento para obtener el pago.

d Móviles

La tasa de fraude al seguro por siniestro de móvil es muy baja, sin embargo es significativo observar cómo en 2017, las semanas previas al lanzamiento de dos nuevos modelos se produjeron los repuntes de declaraciones más importantes del año.

Fraude en móviles en 2017



El principal indicio que hizo sospechar a la aseguradora de que se trataba de un fraude fue un exceso de daños en la descripción del siniestro (en el 45% de los casos), seguido de una contratación del seguro con posterioridad al siniestro (28%) y un cambio de versión en la declaración del siniestro (21%).



Estudio realizado en AXA España a través del análisis de 56.000 siniestros sospechosos de fraude de casi un millón de siniestros declarados en 2017. Se entiende como fraude el tipo de estafa que consiste en realizar actos u omisiones conscientes que persiguen el engaño para obtener un beneficio económico de un tercero.
